



TITLE:

皮膚管ヲ利用スル腹部偽肛門造營
ニ就テ

AUTHOR(S):

信岡, 徳

CITATION:

信岡, 徳. 皮膚管ヲ利用スル腹部偽肛門造營ニ就テ. 日本外科宝函 1935,
12(4): 971-988

ISSUE DATE:

1935-07-20

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/204312>

RIGHT:

皮膚管ヲ利用スル腹部 偽肛門造營ニ就テ

熊本醫科大學萩原外科教室

醫學士 信 岡 徳

Ueber die Anlegung eines verschliessbaren Anus praeternaturalis mit Hautkanal

Von

Dr. N. Nobuoka

(Aus der Chirurgischen Klinik der Medizinischen Fakultät zu **Kumamoto**
Nippon) Direktor: Prof. Dr. Y. Hagiwara

Eine der schwierigsten Aufgaben in der Chirurgie ist die Kontrolle der Stuhlentleerung bei Anlegung eines kuenstlichen Afters. Um diese Schwierigkeit zu umgehen, sind zahlreiche Vorschlaege gemacht worden—ein sicheres Anzeichen fuer die Mangelhaftigkeit aller dieser Methoden. Seit Kurtzahn (19 20) eine Methode des verschliessbaren Anus praeternaturalis mit Hautkanal veroeffentlicht hat, sind verschiedene Verfahren vorgeschlagen worden. Ich glaube, dass die Moeglichkeit, dieses Verfahren anzuwenden, unbeschraenkt ist. Die technische Ausfuehrung unserer Operation moechte ich mit wenigen Worten streifen.

Man bildet einen Tuerfluegellappen nach Haecker-Kurtzahn. Die Bauchhoehle wird im Bereiche des zum Zweck der Hautlappenbildung entstandenen rechteckigen Hautdefektes mittels Pararektalschnitt bis zum Hautschnitt des Anus praeternaturalis geoeffnet, und der M. rektus abd. soweit medial verzogen, dass das Colon sig. oder transversum hervorgeholt werden kann. Das Colon wird durch eine Oeffnung der Bauchdecke hervorgezogen, und das Mesocolon wird unmittelbar am Darm unter Bildung eines fuer ueber 5 Querfinger durchgaengigen Lochs abgetrennt und der aus dem Hautlappen gebildete Schlauch (Sauerbruchkanal) wird durch dieses Loch im Mesocolon herausgezogen. Dieser wird sogleich mit seinem unteren Rand an der gegenueberliegenden Seite festgenaeht und die Darmschenkel werden dann nicht wie bei der Haecker-Kurtzahn'schen Methode in die Bauchhoehle reponiert, sondern auch in diesem Zustande bis zum Hautschnitt des kuenstlichen Anus subcutan zugefuehrt. Der Schlitz der Fascien-, Muskel- und Peritonealschicht, durch welche die Darmschlinge zur Anlegung des kuenstlichen Anus mit Verschlussplastik extraperitoneal gebracht wird, wird aneinander genaehet, und bei der abfuehrenden Darmschlinge mit der Darmwand zirkulaer vernaehet. Darauf werden die Hau-

traender mobilisiert und einander genaeht, sodass sie sich ueber dem Darmstueck vereinigen lassen. So wird die Darmschlinge mit dem Bauchdeckenmuskel und der Bauchhaut umhuetelt.

Es bleiben die beiden Lumina des Hautschlauches frei; zwischen diesen und der Hautdecke verlaeuft nie verlagerte Dickdarmschlinge. Ausgezeichnet ist das Ergebnis bei allen 3 Kranken, bei welchen die Anus praeter-Verschlussplastik nach unseren Methode ausgefuehrt wurde. Von diesen verdient der I Fall eine besondere Wuerdigung, weil die Kranke noch jetzt 5 Jahre nach der Operation lebt; und die beiden andere leben noch heute etwa 1 $\frac{1}{2}$ Jahre nach der Operation. (Autoreferat.)

目 次

I 緒 言

偽肛門造營上ノ括約筋代償法・殊ニ
皮膚管ヲ以テスル方法ノ 2, 3

II 自家經驗例

III 皮膚管ヲ利用スル方法ニ對スル諸

家ノ經驗

IV 本法ニ對スル卑見

V 結 尾

主要文献

1 緒 言

人工肛門ヨリノ排便ヲ可及的ソノ失禁状態ヨリ遠ザカラシメ、生理的正規性ニ近カラシムルト同時ニ、不規則ナル排便、排氣ニ依ル臭氣並ニ汚染ニ對スル患者自身ノ苦痛、及ビソノ環境人ノ不快感等ヲ除キ、本手術患者ノ無恙、活動能力、社交能力等ニ可及的保持セシメンガタメ、姑息的補助法トシテ食餌ノ正規性並ニ捕獲壓子ヲ用フルコトアルモ、之等ノ補助法ノ個人的應用ニ當ツテハ忠實ナル醫學的技術指導ガ必要ニシテ、シカモ本法ハ手術的方法ニ比スル時殆ンド價值ナキニ庶幾キモノナリ。

今ソノ手術法ニ就キ概括的ニ通覽スルニ、括約筋代償法ヲ基礎トシテ種々ナル閉塞裝置術ガ施行サレテキルニ拘ラズ、現今尙本偽肛門造營ニ對スル閉塞裝置問題ハ解決サレタリト謂フヲ得ズ。

コノ困難ナル問題解決處理ノ爲、之迄用ヒラレシ手術術式ノウチ、ソノ主ナルモノ2, 3ノ骨子トナレル所ヲ略記スレバ次ノ如シ。

(1) 腸管蹄係皮下誘導屈曲法

Frank 氏ノ提唱ニヨルモノニシテ、Mayld 氏ノ考按ニ改訂ヲ加ヘ、皮膚及ビ腹壁筋間ニ腸管蹄ヲ誘導シ、コノ腸端ヲ機械的壓ニヨリ壓迫シ、無意識的糞便排出ヲ防ガントセルモノニシテ Marro (1911), Carl (1913), Brenner (1913) 氏等ニヨリ推賞セラレタル法ナリ。

(2) 腸管捻轉法

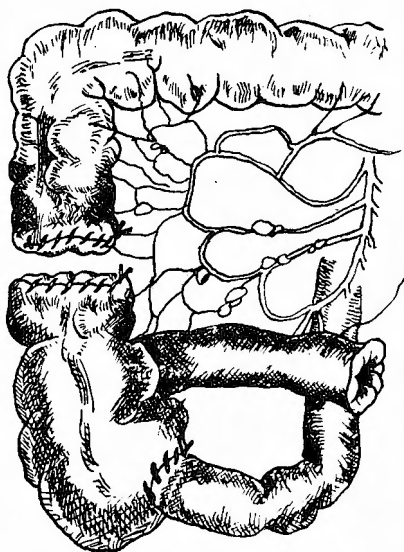
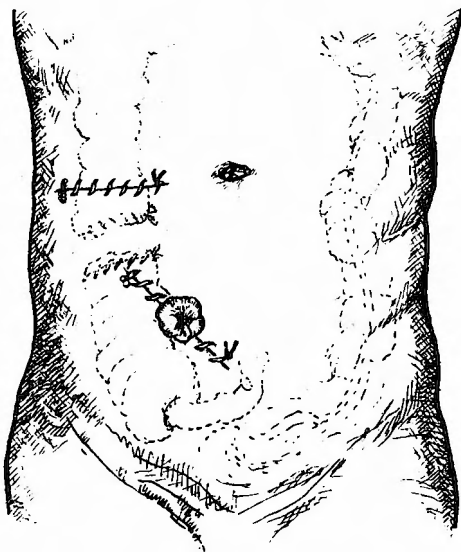
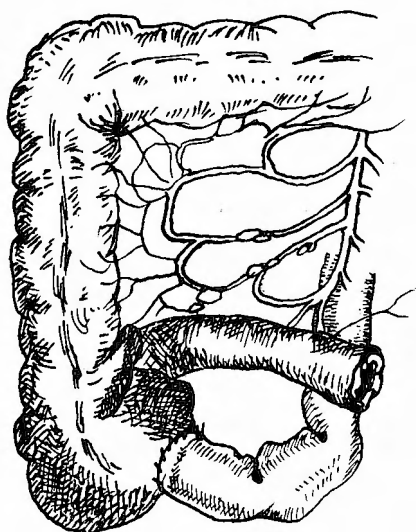
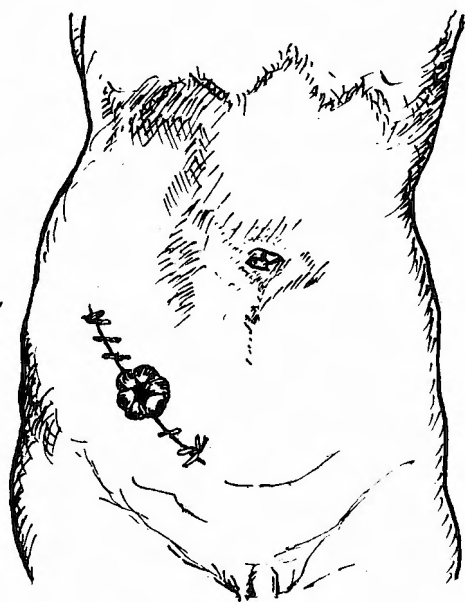
Gersunny 氏等ノ唱導セシ所ニシテ、腸管ヲ 180 度又ハ 360 度捻轉セシメ腹壁ニ縫合シ、ソレニ依ツテ腸粘膜ヲ螺旋狀ニスルコトニヨリ腸管狹窄ヲ起サシメ、コノ部ニ於テ排便時ニ一定

ノ彈力性抵抗ヲ感ゼシメテ以テ目的ヲ達セントセルモノニシテ、本法ヲ推獎スルニ Lilienthal (1910) 氏アリ。

(3) 筋肉管形成法

筋肉管ヲ以テ肛門括約作用ヲ人爲的ニ代償セントスルモノニシテ、直腸筋、縫匠筋或ハ大臀筋等ヲ應用シ、横紋筋ノ生理的作用ニ從ヒ、ソノ少時弛緩スル時排便セシメントスルモノニ

第 一 圖



シテ Witzel (1894), McGavin (1907) Sistrunk (1919), Délore (1919), Coffey (1920) 氏等ニヨリ應用セラレシ法ナリ。

(4) 偽肛門部器械的狹窄法

皮膚瓣或ハ筋膜瓣ヲ以テ腸管ニ狹窄ヲ起スコトニヨリ、又器械的壓ヲ加フルコトニヨリ無意識的糞便排出ヲ防遏セント試ミシモノニシテ Bond (1910), Schmieden (1912), 殊ニ Lambert (1925) 氏ニヨリ推奨セラルルノ法ナリ。

(5) 廻盲瓣應用法

Julius Spivack (1932) ニヨリ唱導セラルル複式手術法ニシテ、盲腸及ビ上行結腸下部ヲ糞便貯囊ニ、廻腸末端部ヲシテ誘出管及ビ人工直腸トナシ、コノ廻盲瓣ノ機能ヲシテ肛門括約筋ノ代償トナスモノナリ。

本手術ニ際シ上記ノ如ク、ソノ大腸ノ大部分ガ遮斷サルルモ液體ハ確カニ吸收サレ何等營養障礙ハ認メラズト云ハル。(第 1 圖参照)

(5) 皮膚管ヲ利用スル誘導係蹄下墜道法

皮膚管ヲ人工肛門ニ應用セントスルノ根本概念ハ Sauerbruch 氏考按ノ皮膚管成形術ニ因ルモノニシテ、今本皮膚管ヲ利用シ、コノ皮膚管ト腹壁表面皮膚間ニ腸管係蹄ヲ通過セシメル如クシ、ソノ皮膚管ニ通ゼシ器具、又ハゴム管、鉗子等ノ如キモノニテ間接ニ適當ナ強サニ腸ヲ壓迫シ、ソノ内容通過ヲ防止セントスルモノナリ。而シテ排便ヲ欲スル時、コノ絞扼ヲ除ケバ自由ニ排便シ、然ラザル時ニ際シテハ常ニ人工肛門ノ周圍ヲ清潔ニ保持セシメントスルモノナリ。

今本法ニヨル術式ノ報告セラレシモノ 2, 3 ニ止ラズト雖、ソノ數種ニ就キ大要ヲ略記スレバ次ノ如シ。

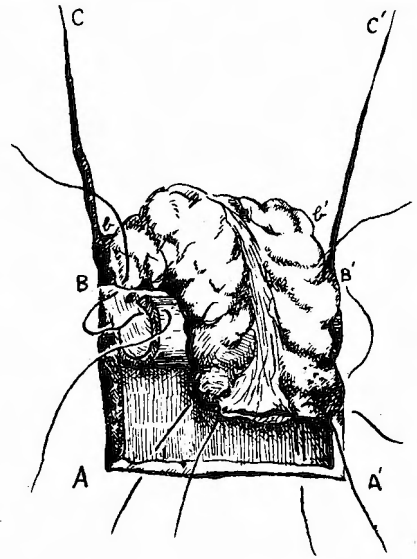
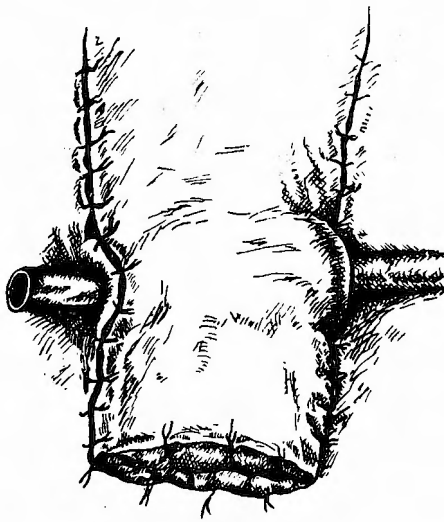
1920 年始メテ Kurtzahn 氏本法ニ就キ發表シ、同年更ニ同氏ハ自ラコレヲ改變セル單簡ニシテ、且ツ有效ナル方法ヲ公表セリ。

即チ腹壁皮膚ニ 2 個ノ A A', B B', (第 2 圖参照) ノ平行切開ヲ加ヘ、B B' 切開口ヨリ腹腔ニ達シ、移動性腸管ヲ引き出シ、コノ部ニ於テ腸管ヲ切斷シ、肛門位ハ煙草袋狀縫合ニヨリ埋沒シ、口位腸斷端ハ腹腔外ニ約 7 釐導キ出シ、茲ニ於テ腸壁ト腹壁間トヲ夫々縫合ス。

而シテ人工肛門ハ尾部ニ向ツテ皮膚上ニ在ル如クシ、更ニ B B' 皮切創縁トナス部ヲ基底トナス如キ皮膚瓣ヲ造ル爲、A B, A' B' ニ向ヒ夫々皮膚切開ヲ加ヘ、コノ皮膚瓣ヲ A A' ヨリ B B' ニ向ヒ下床ヨリ基底部迄剝離シ、恰モ胸廓前皮膚食道成形術 Antethracale Dermatooesophagoplastik ニ於ケルガ如ク a a' ト B B' ヲ互ニ縫合ス。

而シテ A B, A' B' ノ方向ニ向ヒ、夫々約 1 倍半ノ長サニ B C 及ビ B' C' 皮切ヲ加ヘ、同様下床ヨリ基底部迄剝離シ、腸管ヲ越エテ皮膚瓣縁 b b' ト A A' 皮切縁及ビ腸斷端ノ 1 部ヲ縫合シ、更ニ側縁ハ A B 皮膚管縁並ニ B C, b c 及ビ A' B' 皮膚管縁並ニ B' C', b' c' トヲ

第 二 圖



夫々縫合ス。而シテ又コノ露出セル腸管ハ $b b'$, $c c'$ 皮膚瓣ヲ以テ掩フ代リ Thiersch 氏植皮法ニヨルノ法モアレド、抵抗弱キガ故上述ノ法ヲ推賞ス。

茲ニ於テ造ラレタル創面ハ完全ニ皮膚ヲ以テ掩弊セラル。

1921年 Goldschmidt 氏ハ左側下腹部ニ斜切開ヲ加ヘ開腹シ、S 字狀結腸ヲ露ハシ、結腸間膜ニテ、ソノ腸附着部ニ近ク2乃至3横指徑ノ裂口ヲ作り、腸管周圍ト腹壁腹膜トヲ縫合シ、尙腸間膜裂孔ヲ通ジテ腹膜ヲ互ニ縫合シ、更ニ腹壁筋層及ビ筋膜ヲモ同様縫合シテ腹腔ヲ閉鎖ス。

而シテ偽肛門トナスベキ腸管輸入脚ノ範圍ニ

テ、ソノ兩側ニ腸管ヨリ約1.5乃至2糎離レテ、コノ皮膚縁ト略平行セル6乃至8糎ノ皮切ヲ加ヘ、細長キ有莖皮膚片ヲ作ル。コノ皮膚片ヲ深部ニ入レ腸管ノ兩側ニ加ヘシ腸壁切開創ノ縁ヲ移動セシメ、ソノ遊離縁ヲ深部ニ入レシ皮膚片ノ上ヲ越エテ腸管ニ密接シテ腹壁筋膜ト縫合ス。

コノ際皮下ニ沈下セシメタル皮膚縁ノ腸接合縁ヲモ同時ニ縫合スルモノナリ。斯クテ腸管ノ兩側ニ底ハ沈下セシメタル皮膚片ノ表皮面ヨリナリ、天井ハ移動セシメタル皮膚ノ皮下組織ヨリナ

ル2個ノ長サ約6乃至8糎ノ管ヲ造ル。コノ際切開ヲ適當ニ考慮スルコトニヨリ、2個ノ管ハ腸管周圍ヲ圍繞スルガ如クナリ、作ラレタ2個ノ管中ニハ有窓護謨管ヲ挿入ス、而シテ管ノ内面ハ漸次新生表皮ニ被ハレ、茲ニ皮膚管ヲ作ルニ至ル。コノ新生表皮ヲ以テ被ハレシ管中ニ護謨管ヲ挿入シ、以テ括約筋ノ代用タラシメルモノナリ。

更ニ同年 Hans 氏ハ臍ト耻骨縫際トノ中央部デ、白線上ニ基底ヲ置ク長サ小指長、幅二横指ノ左側有莖皮瓣ヲ作り、ソノ下縁ハ少シク凸狀ヲナサシメ、皮膚瓣ノ兩切創縁ヲ縫合シテ皮膚管ヲ造ル。

次ニ直腹筋左側外部ヲ切開シ、S 字狀部ヲ現ハシ腸間膜ヲ裂キ、コノ部ニ綿紗ヲ通セル儘2,3日間放置ス。

此ノ際腸管ハ創縁ノ上下兩端ト夫々縫合固定ス。然ル後3,4日後ニ腸間膜裂口ニ通セル綿紗ヲ取り除キ、之ニ代フルニ、先ニ造リシ皮膚管ヲ以テシ、皮膚管ノ端ハ側方ニ2,3ノ皮膚縫合ヲ以テ固定ス。而シテ皮膚創ノ上縁ヲ以テ腸管蹄係ノ輸入脚ヲ被ヒ、輸出脚ノ下方ニ向ヘル部ニ於テ、之ニ電氣燒灼器ヲ以テ小孔ヲ穿チ、瓦斯ノ排出ヲ便利ニス。コノ瘻孔ハ便ノ排出ニヨリ漸次擴大セラル。而シテ1,2週後皮膚管内ニ壓抵子ヲ挿入シ、以テ内外ヨリ腸管輸入脚ヲ壓抵スルモノナリ。然ルニ本法ハ上述セル如ク、ソノ操作甚ダ煩雜ナルガタメ現今尙充分應用セラレズ。

1922年 Cunéo 氏ハ偽肛門ヲ作ラントスル部位ノ腹壁ニ、縦ニ2個ノ長方形ノ互ニ連絡セル皮瓣ヲ作り、之ヲ折り返シ1個ノ皮膚管ヲ造ル。更ニコノ造ラレシ皮膚管ノ内及ビ外側ニ大ナル皮膚瓣ヲ作り、次ニ皮膚管ノ外側ニテ腹壁筋層及ビ腹膜ヲ型ノ如ク開キ、偽肛門トナスベキ腸管ヲ露出セシメ、之ヲ切斷シテ斷端ヲ完全ニ閉鎖シ、輸出脚ハ腹腔内ニ還納ス。而シテ輸入脚ハ、先ニ造レル皮膚管ヨリ内側數糎ヲ越ユル程度ニ引キ出ダシ、腹壁腹膜、筋層、筋膜等ハ夫々腸管周圍ト縫合シ、輸入脚ノ末端ハ先ニ造リシ内側皮膚瓣ニ裂孔ヲ穿チテ、之ヨリ外部ニ露出セシム。斯クテ腸管ヲシテ最初造リシ皮膚管ト皮瓣トノ間ニ在ラシメ、皮瓣ハ相互ニ縫合シテ創面ヲ閉鎖、掩弊スルモノナリ。

翌1923年 Haecker 氏ニヨリ記載セラレシ Kurtzahn 氏變法、所謂 Kurtzahn-Haecker 氏法出ヅ。本法ハ即チ皮膚管ヲ以テスル後腸下墜道法ニシテ、コレニヨリ後腸ヲ發條、挾亦ハ護謨管樣ノモノニテ強く壓抵シ、糞便或ハ瓦斯ヲ通過ヲ防遏セントスルモノニシテ、其術式モ又他ノ偽肛門造營術ニ比シ遙カニ單簡ナリ。先ヅ左側下腹部 Spiegel 氏線上デ、耻骨縫際ニ近ク小横切創ヲ加ヘ、次ニ腸骨前上棘或ハ之ヨリ稍々上位ニテ、第一切創ニ平行シ、且ツ外側ニ基底ヲ有スルガ如キ、二ツノ直角或ハ幾分外上方ニ向ヒ斜傾ヲナス長サ約7糎、幅約5糎ノ切創ヲ、丁度ソノ長徑中央部ガ Spiegel 氏線上ニ置カレルガ如クス。而シテ3個ノ切創ノ圍メル部ヲ下床筋膜ヨリ剝離シ有莖皮瓣ヲ造ル。

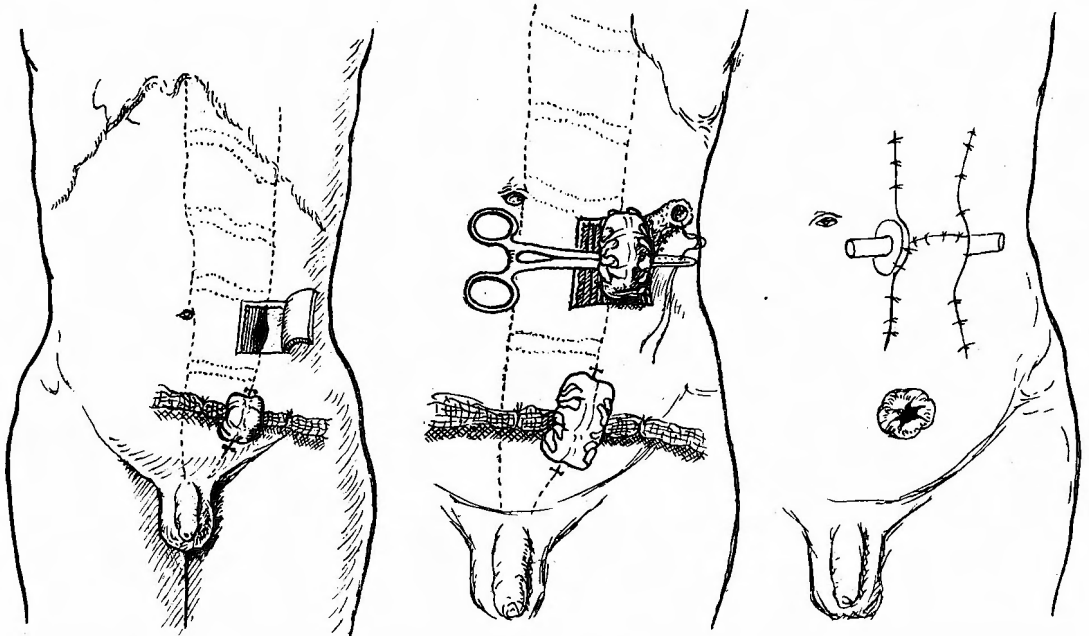
次ニ Spiegel 氏線上ニ切開ヲ加ヘ、直腹筋ヲ内方ニ向ヒ押擴シ、或ハ纖維方向ニ從ツテ鈍ク

突キ通シ腹腔ヲ開キ、S字狀係蹄或ハ下行結腸ヲ腹腔外ニ充分引キ出シ、同時ニ腸間膜ヲモ露出セシメテ、コレヲ突キ通シ、2,3ノ血管ヲ結紮切斷シ拇指ノ挿入ヲ容易ナラシメタル後、コノ裂口ヲ通シ綿紗ヲ貫通ス。然ル後腹腔外ニ露出セル腸管係蹄ノ漿膜ト體壁腹膜ヲ互ニ縫合シ、腹腔ヲ完全ニ閉鎖ス。

更ニ皮膚管成形ニ對シテハ、前ニ造リシ皮膚瓣ノ上下縁ヲ夫々細キ絹絲、又ハ「カウト・グット」ヲ用ヒテ縫合シ、皮膚管ヲ作ル。茲ニ於テ先ニ露出セル腸係蹄腸間膜裂口ヲ通シ貫通セル綿紗ヲ取除キ、之ニ代フルニ皮膚管ヲ以テシ、皮膚管斷端ハ皮膚切創内側縁ト縫合ス。

次ニ皮膚上下縁間、及ビ皮膚瓣ノ周圍切創ニヨリ生ゼル創口隅角間ヲ腸管係蹄ヲ越エテ縫合シ、又皮膚管ノ起始部及ビ終端部創縁縫合ニヨリ總テ創面ハ完全ニ皮膚ヲ以テ被ハル。而シテ第一創部ニ於テ Maydl 氏法ニ從ヒ肛門ヲ造ル。斯クテ皮膚癒合ノ完成セル2,3週後始メテ閉塞裝置ヲ用フ。(第3圖參照)

第 三 圖



1924年 Kappis 氏ハ直腹筋外側縁或ハ正中線切開ニヨリ開腹シ、之ヨリ外側方3.5乃至4糎隔テ約6糎ノ縱切開ヲ施シ、兩皮切縁ヲ相互ニ縫合シ Sauerbruch 氏皮膚管ヲ腹部縱軸ニ並行ニ造ル。

更ニ第二ノ切開口ヨリ約4糎外側方ニ、之ト略同長ノ第三ノ縱切開ヲ加ヘ、第二、第三ノ切開ニヨリ生ゼシ皮膚橋ヲ筋膜ヨリ剝離シ、開腹口ヨリ露出セル腸管ハ、先ヅ之ヲシテ皮膚管ノ上ヲ越エシメ、次デ皮膚ノ下ヲ通過セシメ、第三ノ皮切口ヨリ外部ニ露ハシ、腸管周圍ヲ此處

＝縫合ス。而シテ皮膚管成形ノ爲生ゼシ皮膚缺損部ハ、ソノ兩縁ヲシテ縫合セシメ得ザル場合ニハ Thiersch 氏法＝從ヒ植皮ス。

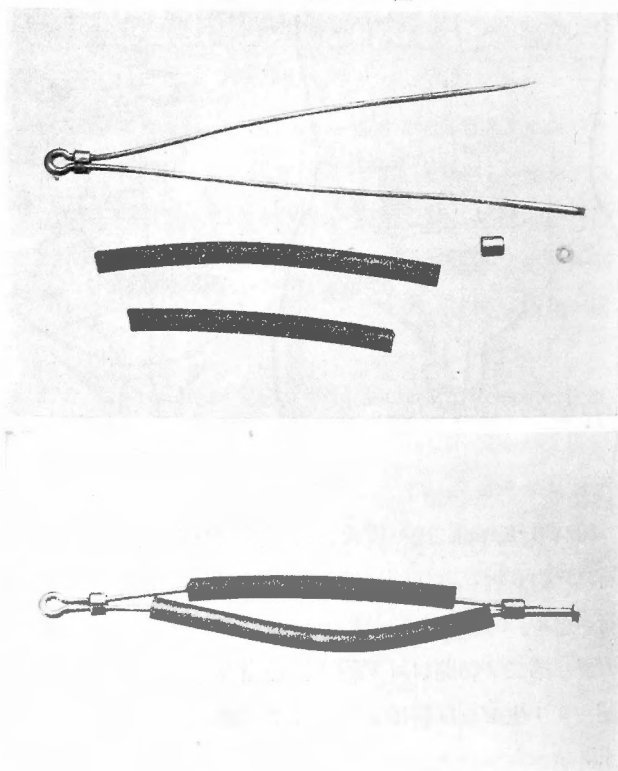
以上種々ナル様式＝就キ簡略＝記述セルモ、現今尙偽肛門造營＝際シ、吾人ヲシテ總テ＝満足セシメ得ルモノナシト雖、之迄＝實施セラレシ諸術式中、以上列記セシガ如ク、或ハソノ互＝相酷似セルモノ亦多キ＝似タレド、最モ意識的ニ、且ツ自由＝排便シ得ル方法トシテ余等ハ茲＝ Haecker 氏法ヲ推舉スルモノナリ。

尙本手術ノ特質タルハ、斯クノ如クシテ造設セル皮膚管ヲ介シ、皮膚表面トノ間ヲ通過セル S 字狀結腸ノ一部ヲ壓迫シ、腸内容通過ヲ防遏スル＝要スル壓抵器、或ハ絞扼器(壓迫器、夾壓器)ノ應用ナリ。最初 Kurtzahn 氏ハ一種ノ安全針式ノ一方＝「ペロツテ」ノ附着セル鉗子ヲ用ヒ、Kappis 氏ハ兩端ヲ螺旋＝ヨリ締メル器具ヲ、又中田氏ハ余等ガ用ヒシモノト略同様ナルモノヲ報告セリ。而シテ要ハ壓迫ガ皮膚＝對シ、又腸管＝對シ強カラズ緩カラズ、適度＝行ハルレバ足レリトスルモノニシテ、強キ＝失シ腸ノ壞死、栄養障礙等ヲ招來スルガ如キコトナキヤウ充分個々ノ狀況＝應ジ調節シ得ル如クスベキモノニシテ、特＝本法＝對シ一定ノ器具アルモノニハアラス。

今茲＝余等ノ用ヒシ壓抵器＝就キ單簡＝述ベンニ、第 4 圖＝示シガ如ク、直徑約 3 乃至 5 耗ノ鋼鐵圓桿ヲ用ヒ、恰モ松浦氏龜頭挾ノ如キ形＝テ長サ約 8 釐トシ、兩斷端ノ一ツ＝移動可能ノ金屬環ヲ箝メ、且ツソノ桿端＝ハ取外シ可能ノ螺旋ヲ以テ金屬環ノ脫抜ヲ防止スル如クシ、又直接金屬ノ皮膚＝觸レルヲ避ケシメンガ爲、兩桿ヲ「ゴム」管ヲ以テ被包ス。

斯クテ兩桿ノ屈曲度並＝桿自體ノ彈力性＝依リ、充分緩徐＝壓迫セシメ得ルモノナリ。而シテ本壓抵器ヲ用フル時患者自身容易＝之ヲ取外シ得ルノ他、屈曲部ヲ強弱ニスルコト＝ヨリ自由＝調節シ得ルノ便アリ。(第 4 圖參照)

第 四 圖



2 自家經驗例

第1例 有〇ツ〇子 48歳 女

初診 昭和6年1月26日 子宮癌再發直腸轉移ノ診斷ノ下＝同日入院，同年2月25日輕快退院。

家族歴 特記スベキモノナシ。

既往症19年前子宮筋腫＝テ手術，14年前「チフス」＝，又時々妊娠性腎臓炎＝罹患ス。更＝2年前蟲様突起炎＝罹リ，姑息的療法＝テ輕快セリ。

現病歴 昨年2月初メヨリ子宮部腫脹ハ直腸＝向ツテ擴大シ，コレヲ壓迫シ，排便＝際シ裏急後重アリ，又時＝血液ノ糞便＝混入スルヲ認ムル＝至リシ故，「ラヂウム」療法ヲ受ク，ソノ後同年11月初メ子宮癌腫ノ診斷ノ下＝婦人科＝入院，子宮全摘出術ヲ受ケ，續イテレントゲン療法ヲ受ケタル後退院ス。

然ル＝昨年末頃ヨリ便秘ノ傾向次第＝高マリ，同時＝裏急後重甚ダシク，且ツ臭氣甚ダシキ出血性漿液性分泌物ヲ排泄シ常＝下腹部＝膨滿感ヲ訴ヘル＝至ル。而モ肛門部＝ハ神經痛樣疼痛ヲ訴ヘ，同時＝食慾減退シ次第＝瘦羸ヲ覺エル＝至レリト。

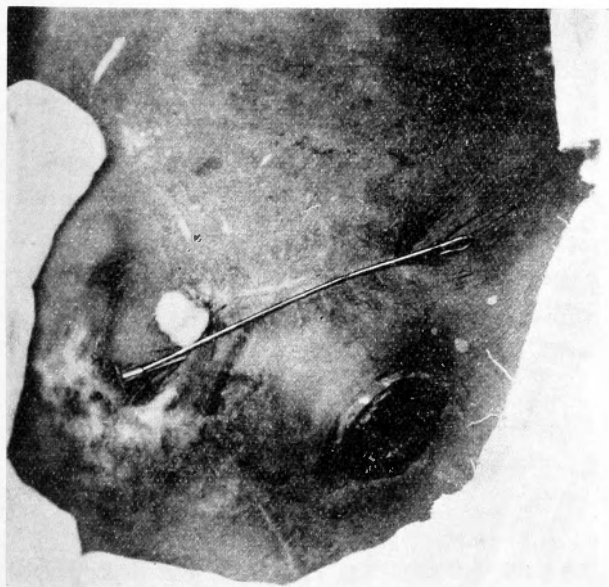
現症 骨格中等度，榮養狀態並＝皮下脂肪織，筋肉發育ハ相當退化ス，皮膚全ク貧血性ナラズ，口唇＝輕度ノ貧血ヲ認ム。頸部淋巴腺ノ腫脹ヲ認メズ，脈搏1分時90至，緊張中等度，心臟，肺臓＝ハ特記スベキ變化ヲ認メズ。

腹部所見僅カ＝腹水アルヲ認ムルノ他著變ナシ，鼠蹊部ノ淋巴腺腫脹ヲ認メズ。

局所所見 視診＝ヨリ肛門並＝ソノ周圍＝變化ヲ認メズ，觸診＝ヨリ肛門ヨリ指ヲ挿入スル＝既＝約1.5 糎ノ部ヨリ直腸周圍壁＝硬キ浸潤ヲ觸レ，約3.5 糎ノ部ヨリ著シク內腔狹窄シ指端ヲ挿入スルコト困難＝シテ，且ツ疼痛ヲ訴フ。指端＝附着セル物質ハ灰白色色調ヲモテル壞疽性物＝シテ臭氣強シ。

手術所見並＝術後經過 スクシテ入院第3日目＝先ヅ臍直下ヨリ約10糎ノ正中切開ヲ加ヘ，試驗開腹＝ヨリ腹腔内＝於ケル腫脹並＝直腸部及ビS字狀部ヘノ擴大性並＝其ノ移動性ヲ充分確メ到底根治手術不可能ト思惟サレシ故，ソノ部ハ3層縫合＝ヨリ閉鎖シタル後，先ヅ左側下腹部 Spiegel 氏線上＝於テ Kurtzahn-Haecker 氏法＝從ヒ皮膚切創ヲ置キ，皮膚瓣及ビ本切創ト人工肛門設置部切創間＝アル皮膚橋部ヲ下床筋

第 五 圖



膜ヨリ剝離シ，次＝ソノ Spiegel 氏線上筋膜＝切創ヲ加ヘ，之ヲ伸シ人工肛門設置部迄達セシメ，腹膜ヲ開キS字狀結腸ヲ充分ノ長サ腹腔外＝索出シ腸間膜ヲ裂キ，コノ腸間膜裂孔ノ閉塞裝置部＝於テ拇指大ノ綿紗ヲ貫通シ，然ル後腹腔外＝露出セル腸管係蹄輸出，輸入兩脚部ノ漿膜ト體壁腹膜及ビ筋層，筋膜ヲ夫々ソノ裂口ノ上下部＝於縫合シテ，更＝腸間膜裂孔ヲ通ジテ體壁腹膜，筋層，筋膜ヲ互＝縫合シテ完全＝腹腔ヲ閉鎖シ，更＝始メ綿紗ヲ貫通セシ部＝皮膚管ヲ通ジ，ソノ成形法ハ全ク Kurtzahn-Haecker 氏法＝從フモ，人工肛門部ハ前述セリ如ク，閉塞成形索出セル腸ハ再び腹腔内＝入レルガ如キコトナク，ソノ儘皮下組織部＝内ヲ通シテ人工肛門設置部＝出シ，人

工肛門ノ皮膚接着部ハ Maydl 氏法ニ據ラズ、萩原教授考按法ニ從ヒ人工肛門部輸出腸間ト腸壁間ハ夫々各層毎ニ縫合シテ手術ヲ終ル、手術時間1時間18分。

術後第1日目腹部ニ幾分膨滿感ヲ訴フルモ、腹部所見ハ術前ニ比シ特ニ膨隆セルヲ認メズ、斯クテ創口ハ第1期癒合ヲ營ミ、術後第7日目ニ拔絲ス。併シテ術後毎日10日間少許ノ便通アリ、術後第12日目ニ人工肛門口ヲ開ク、此ノ日ヨリ人工肛門口ヲ通シテ毎日1回乃至2回宛順調ニ排便アリ。

斯クテ第16日目ヨリ直腸内「ラヂウム」療法ヲ開始セリ。術後第28日目ノ退院時ニハ既ニ皮膚管成形部ハ完全ニ治癒シ、偽肛門部皮膚ノ陥入、或ハ炎症症狀ヲ認メズ。殊ニ相當硬度ノ糞便排出時ニ際シハテ更ニ便意豫感 (Vorgefühl) ヲ感ズルニ至レリ。併シテ入院時訴ヘシ神經痛様疼痛モ著シク輕快シ、一般狀態亦甚ダシク恢復シ、良好トナリ術後第28日目ニ壓抵器ヲ用ヒテ退院ス。(第5圖參照)

第2例 患者 戸○豐○ 49歳 女

初診 昭和8年8月18日 同日直腸狭窄ノ診斷ノ下ニ入院、同年9月28日輕快退院。

家族歴 既往症ニ特記スベキモノナク、且ツ遺傳的關係ニモ何等特記スベキモノナシ。

現病歴 昭和5年9月初旬何等誘因ト思ハル、モノナクシテ眞夜中ニ1回強烈ナル下痢ヲ催フシ、翌朝更ニ2回ニ亘リ輕度ノ下痢ヲ催フセリ。ソノ後左下腹部ニ強激ナル刺スガ如キ疼痛ヲ訴ヘ、爲ニ醫師ノ治療ヲ受ク、然レドモ何等便秘ノ傾向ヲ認メザリシト、然ルニソノ後仕事ニ從事シ、又ハ固キ食餌ヲ攝取スルト、殊ニ夜中ニ左下腹部ニ疼痛ヲ訴ヘ居リタリ。爾來特ニ變リシコトモナク經過セシガ、昭和6年8月下旬湯治ヨリノ歸途、汽車、自動車等ニ揺ラレ歸宅セシニ、夜中突然發作性ニ左下腹部痛ヲ訴ヘ、ソノ後醫治ヲ受ケツ、續イテ2週間餘臥床ス。更ニ昭和7年5月下旬再ビ何等ノ誘因ナク、夕方ヨリ突然前回同様左下腹部痛ヲ訴ヘ、當時子宮病ノ診斷ノ下ニ約40日間醫治ヲ受ケシモ何等變化ナク經過シ、再ビ昭和8年6月24日午後7時頃ヨリ、腹部ニ何處トナク不快感オコリ、翌朝ヨリ左下腹部ニ限局シテ刺痛ヲ覺エタルガ、コノ時期ニハ既ニ便秘ノ傾向強クシテ下劑ヲ用ヒシモ効ヲ奏セズ、且當時腹鳴強カリシトイフ。

現症 骨格中等度、皮下脂肪織及ビ筋肉發育中等度、皮膚稍蒼白、頸部顔面ニ異常ヲ認メズ、脈搏1分時120至、緊張中等度、齊正。心臟、肺臟ニ著變ヲ認メズ。

腹部所見 特ニ陷凹膨隆アルヲ認メズ、且ツ左下腹部ニ特ニ腫脹、又ハ抵抗ヲ觸レズ。

直腸鏡檢查所見 肛門ヨリ約11釐ノ部ニ於テ、左前側方ニ凡ソ5分ノ2周ニ亘リ膨隆セル腫脹ヲ認メ、コノ腫脹ノ爲腸管內腔ハ殆ンド閉塞サル。空氣ヲ送ルニ右前側方僅カニ擴張スルニ過ギズ。腫脹ノ表面ニハ潰瘍性ノ部ヲ認メズ、而モコノ腫脹部ノ腸粘膜皺襞ハ消失シ平滑ナリ。

血液所見 「ワ」氏反應陰性

血液型 B型

赤血球數 3,500,000

白血球數 11,200

ヘモグロビン含有率 62%

血色素指數 0.89

白血球核推移

淋巴球 32%

中性白血球 57.5%

桿狀核白血球 10.5%

分葉核白血球 47.5%

「エオジン」嗜好性白血球 6.0%

大單核白血球 3.5%

移行型白血球 1.0%

尿所見 異常ヲ認メズ。

糞便所見 色黃褐色, 潜血反應, 「ベンチヂン」反應強陽性, 瘡瘡木反應, 「アロイン」試驗法共ニ陽性。
顯微鏡的ニ蛔蟲卵及ビ十二指腸蟲卵ヲ認ム。

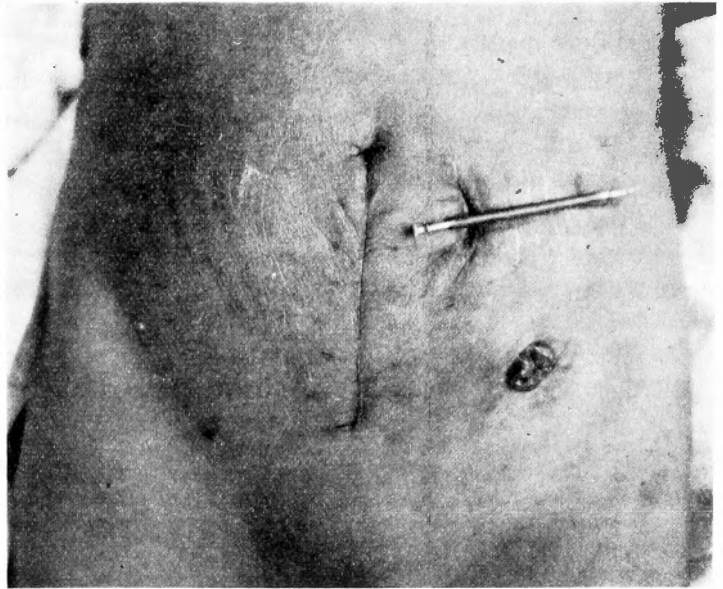
手術所見並ニ術後經過 如上ノ如キ所見ノ下ニ先ヅ臍下正中線ニ約6糎ノ切開ヲ加ヘ, 腹腔ニ達ス。而シテ腹膜ハ透明滑澤ニシテ腸ハ充血性ナラズ。S字狀結腸ニ沿ヒ小骨盤腔ノ方ヲ檢スルニ子宮ハ薦骨岬ノ下ニ腫脹シ, 正常ニ比シ遙カニ大トナリ, 表面滑澤ニシテ幾分充血シ, 且ツ硬固ニ觸ル, コノ子宮ト周圍トノ關係ヲ檢スルニ, 左卵巢及ビ輸卵管モ亦可成リ腫脹シテ, コノ部ト周圍, 殊ニ後壁ト強度ニ癒着シ, 充分ニソノ直腸トノ關係ヲ檢スルヲ得ズ, 然レドモS字狀結腸上部ニ何等ノ變化認メラレズ, 移動性充分ナリ。

第 六 圖

據ツテコノ部ハ式ニ從ヒ3層縫合ヲ以テ閉鎖シ, 次イデ第1例ト同法ニ從ヒ手術ヲ行ヒ, 且ツ人工肛門部モ第1例同様 Maydl 氏法ニヨラズ萩原教授考按法ニ從フ。

手術時間1時間20分。

術後第3日目ニ肛門ヨリ2回排便シ, 4日目及ビ5日目ニ各1回宛稍々少許ノ排便ヲ認ム。創口ハ感染ナク第1期癒合ヲ營ミ, 術後第7日目ニ拔絲ス。而シテ術後第9日目ニ人工肛門ヲ作ル爲, 露出セシ結腸部ニ於テ腸全周ノ5分ノ3ヲパクレイン氏燒灼器ヲ以テ燒切ス。而シテソノ翌日ヨ



リ, コノ人工肛門口ヲ通ジテ少量宛排便ヲミルニ至ル, スケテ良好ニ經過シ, 人工肛門周圍ノ陥入ヲ認メズ, 又皮膚炎等ノ忌ハジキ症狀ヲ呈スルコトナク, 術後第36日目ニ壓抵器ヲ用ヒテ退院ス。(第6圖參照)

第3例 患者渡〇タ〇 46歳 女

初診 昭和8年12月4日 子宮癌再發直腸轉移ノ診斷ノ下ニ即日入院, 同翌9年1月25日輕快退院 家族歴特記スベキモノナシ。

既往症 25歳ノ時産後婦人科の疾患ニ罹リ醫治ヲ受ク, 32歳ノ時「チフス」ニ罹リ4ヶ月ノ後治癒, 36歳ノ時子宮癌腫ノ診斷ノ下ニ超腹部子宮摘出術ヲ受ク。而シテ昭和8年8月4日再び子宮癌ニテ子宮體部切除手術ヲ受ケタリシガ, 同時ニ右側腎臟炎及ビ膀胱炎ヲ併發シ, 約2ヶ月ノ醫治ニヨリ輕快セリト。

現病歴 昭和8年6月28日子宮癌ノ診斷ノ下ニ, 本院婦人科ニ入院「ラザウム」療法ヲ受ク, 此ノ頃ヨリ(7月中旬頃)時々直腸及ビ肛門部ニ亘リ一種異様ナル疼痛感ヲ覺エ, 同時ニ裏急後重ヲ訴フル様ニナリ, 又便ニ粘液様ノモノヲ混入スルニ至ル。

其後更ニレントゲン療法ヲ受ケ前記ノ如ク8月4日子宮體部切除手術ヲ受ケシガ, ソノ頃一時直腸, 肛門部ノ疼痛ハ輕減シ, 又粘液便モ消失セリ。然ルニ同年11月3日頃ヨリ直腸肛門部ニ再び異様感ヲ伴ヘル神經痛様疼痛ヲ訴ヘ, 同時ニ裏急後重ハ強度トナリ, 排便時, 殊ニ硬便排出時ニハ激烈ナル疼痛ヲ訴ヘル様ニナリ, 且ツ粘液便ノミナラズ, 時ニ血液混入セルヲ見ルニ至ル。

現症 骨格, 營養狀態中等度, 皮下脂肪織及ビ筋肉發育貧, 皮膚蒼白, 頸部及ビ顔面ニ異常ヲ認メズ。眼瞼及ビ結膜貧血ス, 脈搏88至, 緊張中等度, 正。呼吸胸腹式。心臟, 肺臟ニ特ニ著變ヲ認メズ。

腹部所見 臍下正中線上ニ約 8 釐ノ癰痕創ヲ認メルノ他、特ニ陷凹、膨隆等ヲ認メズ、觸診ニヨルモ僅カニ左下腹部ニ壓痛ヲ訴フルノミニテ抵抗其他内臓ノ腫脹セルガ如キモノヲ觸レズ。聽診ニヨリ腹鳴盛ナリ。

局所所見 肛門内觸診法ニヨリ、既ニ肛門口ヨリ約 5 釐ノ部ニテ浸潤認メラレ、殊ニソノ前壁ニ於テ表面幾分潰瘍性ニシテ、壓痛ヲ訴フル硬キ凹凸不平ノ腫瘍ヲ觸ル。コノ部ヨリ口位腸内腔ハ著シク狭窄サレ食指ヲ僅カニ挿入シ得ルニ過ギズ。

血液所見 ワ氏反應、ザツクスゲオルギ氏反應共ニ陰性、血液型 A 型、

赤血球數 3,530,000

白血球數 11,400

「ヘモグロビン」含有率 55%

血色素指數 0.78

白血球核推移

淋巴球 8.5%

中性白血球 87.5%

桿狀核白血球 36.0%

分葉核白血球 51.5%

好鹽基性白血球 1.0%

大單核白血球 1.0%

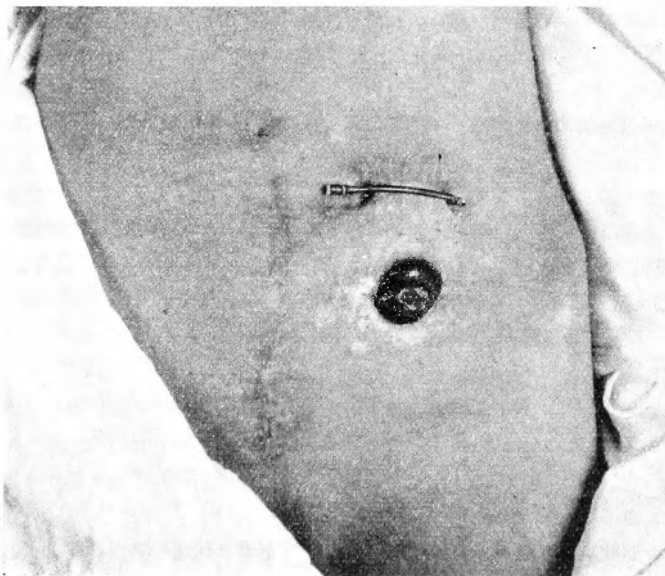
移行型 2.0%

尿所見 蛋白弱陽性、顯微鏡検査ニヨリ、白血球、上皮細胞ヲ認メ、且ツ細菌學の検査ニヨリ双球菌認メラル。

糞便所見 肉眼的ニ粘液並ニ血液ノ混入セルガ認メラル、顯鏡的ニ蛔蟲卵及ビ十二指腸蟲卵等ヲ認メズ。

手術所見並ニ術後經過 先ツ左下腹部 Spiegel 氏線上ニ Hecker 氏法ニ從ヘル切開ヲ加ヘ、開腹創口ヨ

第 七 圖



リ S 字狀部ノ移動性ヲ確メタル後、更ニ手ヲ以テ S 字狀結腸下部及ビ直腸部ヲ檢スルニ、コノ部ノ腸壁ハ著シク硬牢ニシテ周圍トノ癒着強固ナリ。而モ左鼠蹊靱帶ノ部ニ相當シテ後腹膜腔部淋巴腺ガ拇指頭大ニ腫脹セルモノ 1、2 個ヲ認ム。前記第 1、第 2 例ト同法ニ從ヒ S 字狀部ニ僞肛門ヲ作營ス。手術時間 1 時間 40 分。

術後第 2 日目瓦斯、糞便共自通アリ。而シテ術前訴ヘタル直腸、肛門部ノ疼痛遙カニ輕減ヘ。第 2 日目夜ヨリ第 3 日目ニカケ輕度ノ下痢アルモ、第 4 日目午前中ニ至リ止ム、斯クテ順調ニ經過シ毎日 2 回宛紮帶交換

ス。創口ハ感染スルコトナク第1期癒合ヲ營ミ、術後第7日目ニ拔絲ス。術後第9日目ニ人工肛門部ニテ前記兩側同様バクレン氏燒灼器ヲ以テ腸管ヲ燒切シ、人工肛門口ヲ作ル。コノ翌日即チ術後第10日目ヨリ、コノ人工肛門口ヲ通シ毎日1回乃至數回排便アリ。

斯クテ壓抵器ヲ用ヒ、經過良好ニシテ、患者自身甚ダ満足セリ、術後第13日目ヨリ又直腸内ニラヂウム療法ヲ開始シ、6日目は約7仟瓩時ヲ用フ、斯クテ入院時訴ヘシ神経痛様激痛モ殆ンド輕快シ、爲ニ睡眠モ充分トナリ、食慾亦術前ニ比シ著シク増進シ、一般狀態良好トナリ、入院時ノ體重36.89斤ハ退院時ニ際シテ、38.35斤ト増量ヲ示シ、前記第1、第2兩例同様人工肛門周圍ノ皮膚炎等ミルコトナクシテ1月25日退院ス。(第7圖參照)

3 皮膚管ヲ利用スル方法ニ對スル諸家ノ經驗

今之ヲ文獻ニ徵スルニ尙本法ニヨル手術症例ノ報告セラレタルモノ少ク、充分ニソノ結果ヲ知悉スルヲ得ザルヲ遺憾トスルモノナルモ、茲ニ之迄報告セラレタル症例ヲ表示スレバ次ノ第1表ノ如シ。

第 1 表

番號	報告者	病 名	年齢	性別	手 術	成形ノ用ヒ ラレシ期間	術後ヨリ死 亡迄ノ期間	死 因
1	F. Hesse	直 腸 癌	45	♀	腹部/薦骨	報告時迄7ケ年		
2	”	”	58	♂	”	同 上 8ケ年		
3	”	”	54	♂	”	同 上 6ケ年		
4	”	”	43	♀	膣後壁ニ用ヒ タ腹部/薦骨	同上6ケ年半		
5	”	直腸癌及 肝臓轉移	57	♂	左腸骨窩部 人工肛門	1ケ年	1 年	惡 液 質
6	”	根治手術 不可能直腸癌	57	♂	腹部/薦骨	3ケ年	4ケ年半	結 核
7	”	直腸癌及 子宮癌	48	♀	左腸骨窩 人工肛門	全治不使用	4 週	癌性惡液質
8	”	直 腸 癌 及 穿孔性膿瘍	57	♂	腹部/薦骨	全治不使用	10 日	葡萄狀菌 腹膜炎
9	”	直 腸 癌	57	♀	膣後壁ニ用ヒ タ腹部/薦骨	皮膚管ノ一部壞 死ヲ來セルモ、 コノ部ヨリ穿孔 性腹膜炎ヲ起セ ルニハアラズ。	3 週	腹 膜 炎
10	”	根治手術不 可能直腸癌	65	♂	左腸骨窩 人工肛門	成形部ハ非常ニ 好都合ナリシモ 使用セズ。	10 日	?
11	”	”	42	♂	”	非常ニ良好ナル 機能ヲ示シテ2 ケ月後退院ス。	?	?
12	”	良性直 腸狹窄	33	♀	”	3ケ年半	3 年半	婦人科的腹膜 炎並ニ痙攣性 イレウス。

13	”	S 字狀結腸囊腫	26	♂	”	4ヶ年	4 年	?
14	”	先天性膨胱脱	6	♀	”	4ヶ年半		
15	中田	根治手術不可能直腸癌	58	♂	”	?		
16	信岡	子宮癌轉直腸移轉	48	♀	”	今日迄5ヶ年		
17	”	良性直腸狭窄	49	♀	”	今日迄1ヶ年4ヶ月		
18	”	根治手術不可能直腸癌	46	♀	”	今日迄1ヶ年		

即チ第1表ニ示セル如ク手術部ノ感染ハ1例モナク、總テ創ハ第1期治愈ヲ營メリ。而シテ前表ヲ觀ルニ第5、第11、第15各例及ビ自家經驗ノ第16、第17、第18ノ6例ガ示セル如ク、手術部ハ充分其ノ機能ヲ發揮シ、Hesse氏記載ノ第5例ノ如キ術後1ヶ年間非常ニ満足シテ生活セリト謂ヘリ。而シテ第11例ニテハ術後閉塞成形ハ非常ニ良ク機能ヲ發揮シテ2ヶ月後退院シ、第16例ハ前記ノ如ク、術後既ニ5ヶ年近キ歲月ヲ經過セル今日尙元氣ニテ生存シ、閉塞成形モ尙機能ヲ發揮セリ。第17例、第18例ノ兩例ニテハ尙術後1ヶ年及ビ半ヶ年餘ヲ經過セルニ過ギザレドモ、逼迫感閉塞成形機能共ニ良好ニシテ患者ハ非常ニ満足シ生活セリ。

而シテ更ニ根治手術ヲ行ヘル患者5例ニ至リテハ甚ダ結果良好ナリ。コノ第4例ノ如キ6ヶ年半以上ヲ經過セルニ尙元氣ナリト報告サレ、只第6例、及ビ第14例ハ退院後餘リ等閑ニ附セシタメ皮膚管ニ炎衝ヲ起シ、爲ニ前者ハ3ヶ年後、後者ハ4ヶ年後ニ使用不能ニ陷レリト謂フ。尙永續的ニ、又ハ少ク共長時腸ノ曠置ガ必要ナル場合ニハ常ニ本手術ノ應用ガ非常ニ良結果ヲ齎スコトハ第12例、第13例及ビ第14例ガ如實ニ物語レル所ナリ。

4 本法ニ對スル卑見

凡ソ生理的排便機轉ハ直腸粘膜ノ感覺、直腸壁筋組織及ビ内括約筋等ニヨル大腦、並ニ脊髓中樞反射機能ニ加フルニ、外括約筋、腹壁、會陰部、臀部等各諸筋隨意機能ニヨリ、更ニ直腸下部ガ膨大シ、之ト肛門間ニ直腸ノ生理的彎曲ガ存スル事等ノ解剖的關係ガ加ハリ、微妙ナ作用ガ營マルルハ既ニ周知ノ事實ニシテ、斯ノ如キ生理的要約ノ缺如セル人工肛門ニ於テ、何等カノ手段方法ヲ講ズルコトニヨリ可及的便ノ失禁狀態ヨリ遠ザカラシムル必要ノ生ジ來ルハ自然ナリ。

尤モ單ナル人工肛門ニ於テモ、造營後一定時日經過後ニ至リテハ排便前一定時間ニシテ所謂便意、或ハ豫感 (Vorgefühl) ヲ感ズルヲ以テ常トスル所ナルモ、然モ尙便ニ對シ偽肛門部ニ於テ適當ナル彈力性抵抗ヲ感ゼシムルガ如キ操作ヲ施セル場合ニ際シテハ、然ラザル場合ニ比シヨリ早く、ヨリ好ク感ゼシメ得ルモノタルコトハ既ニ余等ノ經驗ニ徴シテモ明カナリ。

然ラバ此ノ目的ニ對シ、從來如何ナル括約筋代償法が講ジラレ來リシカ、從來先人多數ニヨリテ舉ゲラレシ偽肛門造營術ヲ觀ルニ前述セルガ如ク大約次ノ5途ヲ出デズ。

- (1) 腸管ヲ捻轉又ハ屈曲セシメ、便塊排出ニ抵抗ヲ與フルモノ。
- (2) 筋肉管ヲ以テ人爲的排便ヲ行ハシメントスルモノ。
- (3) 廻盲瓣作用機能ヲシテ括約筋代償トナサントスルモノ。
- (4) 偽肛門部ニ器械的狭窄ヲ起シ、不隨意便ヲ防遏セントスルモノ。
- (5) 以上各法ヲ適當ニ組合セタルモノ。

今之等各方法ニ就キ余ノ卑見ヲ述ベンニ

(1) 腸管ヲ單ニ屈曲セシメ、又ハソノ縱軸ニ從ヒ捻轉スルノ法モ、良法タルヲ失ハズト雖、屈曲ハ度ヲ過スコトアレバ、反ツテ狭窄甚ダシク不快ナル結果ヲ遺ス虞ナントセズ。加之腸管ヲ捻轉スル方法モ、腹部偽肛門ニ於テハ捻轉セシメラルル範圍ノ短キ事ト、捻轉部兩端ノ中腹腔側ノ固定不完全ニシテ、充分機能ヲ發揮セシムルニ困難ナリ。捻轉法ハ專ラ直腸切斷術後、斷端固定ノ一法ト見做スベキモノト思惟ス。

(2) 筋肉管ヲ用ヒ括約筋代償法トナサントスルノ法ハ理論上亦多少非難スル人ナキニシモアラザレド、余等從來ノ經驗ニ徴シ敢テ非難スベキモノトハ言ヒ難シ。

(3) 廻盲瓣應用法ハ(2)法ト反對ニ寧ロ理論上甚ダ良方法ナリト思惟サルモ、余等ニ經驗ナキヲ遺憾トス。

(4) 肛門部ノ器械的狭窄必ズシモ不可トハ思惟シ難ケレド、如上列舉セン諸方法同様尙不隨意便ヲ完全ニ防止シ得ザルノ憾アリ。

而シテ皮膚管利用ニヨル閉塞成形術式ハ之等ノ二、三ヲ組合セ、且不必要時肛門ヲ完全ニ閉鎖スルモノニシテ、是ニ至リテ始メテ從來ノ諸法ノ缺點ヲ補足セルノ觀ヲ呈ス。

然レドモ翻ツテ本術式ノ二、三ヲ觀ルニ、先ヅ本法最初ノ考按者トモ目スベキ Kurtzahn 氏法ニ於テハ、ソノ缺點トモ謂フベキハ肛門開口部ト、皮膚成形部トガ著シク接近セルガ爲手術創感染ノ虞大ナルコトナリ。

Haecker 氏ハ此ノ缺點ヲ改善シ、皮膚瓣ノ採用法ヲ變更シ、成形術ヲ施セルノ部位ハ肛門開口部ヨリ獨立シ距離ガ相當ニアルコトニヨリテ創感染ノ危險ヲ少クシ、且ツ Kurtzahn 氏法ニ比シテ術式ヲ簡單ナラシメタリ。而シテ本 Haecker 氏式ノ缺點トモ言フベキハ、既述セル如ク、S 字狀結腸ヲ2ヶ所ニ於テ腹腔外ニ踰係トシテ引き出ダス故、S 字狀結腸間膜ハ充分廣長ナルコトヲ要シ、且ツ S 字狀結腸ガ比較的長キコトヲ必要トスルモノナルモ、コノ缺點ハ現今ニ於テハ後腹膜側方切開ニヨリ、充分廣ク可動性トナシ得ルコトニヨリ解消セルモノト見做シ得ベシ。

更ニ Kappis 氏 Cunéo 氏等ニヨリテ考按セラレタル方式モ亦手術々式ノ簡單ナルト、閉塞裝置ノ完全ニ近キ點トハ Haecker 氏法ニ比シ些ノ遜色ヲ認メズ。コノ方法モ亦直腸癌、或ハ

其他ノ狹窄ニ對シ人工肛門トシテ充分應用サルベキモノナリト信ズ。

只 Kurtzahn, Cunéo, Haecker, Kappis 氏等ノ方式總テ大同小異ニシテスベテ皮膚管ヲ形成シ、之ヲ利用シテ腸管ヲ壓抵シ、不用時ニ閉鎖セントスルモノニシテ、上述セルガ如ク甚ダ卓越セル考按タルハ充分之ヲ認ムレドモ、只腹壁皮膚ノ甚ダシク緊張セルモノ、乃至ハ直腸ノ狹窄強度ニシテ鼓腸甚ダ高度ナルガ如キモノニ施行スルニ困難スルコトアルベク、其ノ適用範圍ガ聊カ限定セラレタルノ憾アリト謂フベシ。

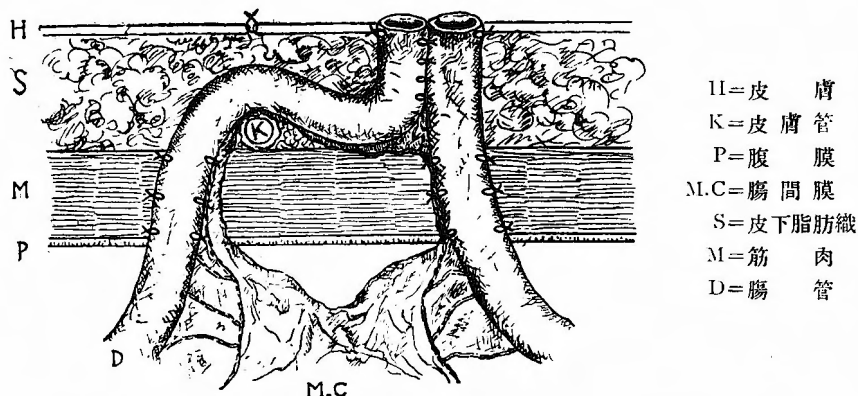
Haecker 氏ノ術式ニ從ツテ偽肛門ヲ造營スルニ當リ、腸管ヲ腹腔外ニ出シ、腸間膜ヲ裂キテ之ヨリ皮膚管ヲ通シテ其ノ一端ヲ他側ノ皮膚縁ト縫合シ、腸管ハ再ビ腹腔内ニ入レ、更ニ改メテ下部ニ Maydl 氏ノ方式ニ從ツテ肛門ヲ作營スルガ如ク理解スル人アルガ如ク、成書ニモ亦斯ノ如ク記載セラレ居ルモノアリ。然レドモ嘗テ萩原教授ハ偽肛門造營上ノ基礎タルベキ事實ニ就テ、腸管ハ之ヲ腹腔外ニ出スモ、皮下組織乃至ハ筋肉内ニ包埋セラレ居ル時ハ、腹腔内ニアルト殆ンド變化ナキ構造ヲ示シ、且ツ柔軟伸展性ヲ有スルコトヲ指摘シ、如何ナル方式ニテ手術スルニセヨ偽肛門タルベキ部位ノ腸管ハ之ヲ腹壁筋層乃至皮下組織内ニ包埋スベク、斯クテコソ此所ニ種々ノ括約筋代償法ヲ講ズルノ容易ニシテ、且其效果大ナルベキヲ説キ居レリ。且ツ偽肛門ノ腸管斷端ハ Maydl 氏法ノ如ク腹壁腹膜ト皮膚ト縫合シテ腹壁筋層ヲ被包シ、此處ニ腸管ヲ固定シテ開口セシムル時ハ、皮膚ハ深部ニ沈下陷入シ、腸粘膜ハ外部ニ脱出翻轉シ、腸粘膜ト皮膚縁トハ容易ニ接合セズ、長ク腸斷端ハ外部ニ露出シ遂ニ此部ノ瘢痕性狹窄ヲ招來スルコトアルモノナリ。上述セルガ如ク Haecker 氏法ヲ行フニアタリ其斷端ノ Maydl 氏ノ方式ニ從ツテ處置スルガ如キハ余等ノ全然採ラザル所ニシテ、且腸管ヲ一度腹腔外ニ出シテ此所ニテ皮膚管ニテ壓抵スル部ヲ造リ、更ニソノ輸入脚ヲ腹腔内ニ入レ、改メテ偽肛門ヲ作ルノ必要奈邊ニアルカ聊カ諒解ニ苦シム所ナリ。且ツ斯ノ如キ複雑ナル操作ヲ加フル事ニヨリテ腸管ハ甚シキ屈曲ヲ2ヶ所ニ於テ與ヘラレ、狹窄ヲ起スノ可能性甚大ニシテ余等ノ教室ニテモ斯ノ如キ方式ニテ手術シテ狹窄ヲ生ジテ反ツテ偽肛門ヨリノ排便ニ困難ヲ來シタル經驗アリ。

之ニ反シ余等ノ專ラ採用セル方式ハ前記3例ノ症例ニ明記シタリシガ如ク、皮膚管形成ノ爲ノ皮切ハ Haecker 氏法ニ從ヒ、腸管ヲ充分ノ長サ腹腔外ニ出シ、腸間膜裂孔ヲ通ジテ腹壁腹膜、筋層、筋膜ヲ互ニ縫合シ、且ツ夫等ヲ夫々腸管周圍ニ縫合シ、此ノ腸管輸入脚ハ腹腔内ニ入ルルコトナク其儘皮下組織内ヲ通シテ下部ノ皮切口ヨリ外部ニ出シ、此處ニテ皮膚縁ト腸管周圍トヲ縫合シテ、其兩者ガ充分ニ接着シタル後ニ腸管ヲ開クニアリ。(第8圖參照)

此ノ方式ニ據ルトキハ腸管ノ屈曲輕度ナルタメ約1週間ハ瓦斯ノ排出自由ニシテ、何等ノ苦痛ナク創ノ第1期癒合ヲ待ツテ腸管ヲ開口セシメ得ベシ。余等ノ採用セルモノハ理論的ニハ勿論、實際ニ於テモ其結果極メテ良好ニシテ、所謂 Haecker 氏法トシテ記載セラレ居ル方式ハ今後斯克改良セラルベキモノナリト確信ス。

1923年 Haecker 氏ガ公表セルモノハ其文簡單ニシテ、其術式ノ細目ニ至リテハ聊カ詳ニセ

第 八 圖



ザル所アリト雖，偽肛門部ヲ Maydl 氏ノ方式ニ從ツテ造ルト記載セル點ヨリ觀レバ，或ハ始め其意余等ガ目シテ非ナリトナスノ方法ヲ考按セルニハ非ザルカ。若シ然リトスレバ之全ク偽肛門造營ニ關スル基礎トナルベキ事項ニ就テ甚シク認識ノ不足セル結果ナリトノ非難亦避ケ難シト謂ハザルベカラズ。

一般ニ偽肛門ヲ，設置セラレタルモノハ，術後一定時日ノ後ニ豫感トシテ便意ヲ催スヲ常トスルモノナレドモ，余等ノ施行セル術式ニヨリテ行フ時上記3例ニアリテハ總テ術後約3週日ニシテ豫感ヲ感ジタリ。從ツテ壓抵器ハ下痢等特別ノ事故アルニ非ザレバ必ズシモ強力ノモノヲ要セズ，且ツ平時ハ壓抵器ヲ使用スルコトナクシテ不快ナク過シ得ルガ如シ。

5 結 尾

(1) 余等ハ人工肛門設置患者ノ無恙，活動能力，社交能力等ヲ可及的保持セシメンガ爲，之迄種々考按セラレタル閉塞裝置術ヲ檢討シ，且ツ自ラ追試，改善シ，先ヅソノ皮膚管形成ノ爲ノ皮切ハ Haecker 氏法ニ從ヒ，腸管ヲ充分ノ長サ腹腔外ニ出シ腸間膜裂口ヲ通シテ腹壁腹膜，筋層，筋膜ヲ互ニ縫合シ，且ツ夫等ヲ夫々腸管周圍ニ縫合シ，此ノ腸管輸入脚ハ腹腔内ニ再ビ入レルコトナク，ソノ儘皮下組織内ヲ通シテ人工肛門設置部ニ出セリ。

(2) 余等ノ方式ヲ實施セル3症例ニ於テハ總テ結果極メテ良好ニシテ，術後長キハ4年半，短キモ1ケ年ヲ經過セル今日何等一般行動ニ對シテ支障ヲ觀ズ，且ツ元氣ニ満足シテ生活セリ。

(3) 人工肛門造營部ハ既ニ週日ヲ出ズシテ腸粘膜，皮膚間ハ完全ニ癒着シ，腸ノ脱出顛轉，人工肛門開口部週邊ノ皮膚炎等ヲ觀ズ。

(4) 余等ノ經驗セル3症例ニ於テハ總テ本術式造營後約3週日ニシテ豫感 (Vorgefuchl) ヲ認メタリ。

稿ヲ終ルニ臨ミ恩師萩原教授ノ御懇篤ナル御指導ト御校閲ヲ深謝ス。

文 獻

- 1) Babcock, Surg. Gyn. a. Obst. Vol. 55 p. 627 1932.
- 2) Bier-Braun Kuemmel, Chirurgische Operationslehre Bd. 3 s. 176 1923.
- 3) Biesenberger, Beitr. z. Chir. Bd. 88 s. 551 1914.
- 4) Birkley, Ann. Surg. Vol. 89 p. 71 1929.
- 5) Cabeca, Dtsch. Med. Wschr. Bd. 52 s. 625 1926.
- 6) Gehrels, Arch. Klin. Chir. Bd. 117 s. 709 1921.
- 7) Goldschmidt, Zbl. f. Chir. Jg. 48 s. 961 1921.
- 8) Derselbe, Zbl. f. Chir. Jg. 51 s. 2800 1924.
- 9) Haecker, Zbl. f. Chir. Jg. 47 s. 1066 1920.
- 10) Derselbe, Zbl. f. Chir. Jg. 50 s. 827 1923.
- 11) 萩原, 日本外科寶函 第2卷 143頁 大正14年.
- 12) 萩原, 熊本醫學會雜誌 第2卷 1頁 大正15年.
- 13) Hans, Zbl. f. Chir. Jg. 48 s. 1348 1921.
- 14) Hesse, Chir. Bd. 4 s. 921 1932.
- 15) Hohlbaum, Zbl. f. Chir. Jg. 52 s. 1007 1925.
- 16) Kappis, Arch. Klin. Chir. Bd. 133 s. 164 1920.
- 17) Kappis, Zbl. f. Chir. Jg. 51 s. 1728 1924.
- 18) Karo, Dtsch. Med. Wschr. Bd. 57 s. 320 1931.
- 19) Kinscherf, Zbl. f. Chir. Jg. 47 s. 151 1920.
- 20) Kirchmayr, Zbl. f. Chir. Jg. 45 s. 684 1918.
- 21) Kirschner, Chirurgische Operationslehre Bd. 2 s. 227 1932.
- 22) Derselbe, Chir. Bd. 1 s. 1 1928.
- 23) Kleinschmidt, Zbl. f. Chir. Jg. 52 s. 626 1925.
- 24) Kraske, Beitr. z. Klin. Chir. Bd. 42 s. 408 1920.
- 25) Kurtzahn, Dtsch. Med. Wschr. Jg. 46 s. 461 1920.
- 26) Derselbe, Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 167 s. 129 1921.
- 27) Kuettner, Med. Klin. Bd. 24 s. 1667 1928.
- 28) Derselbe, Med. Klin. Bd. 25 s. 4 1929.
- 29) Derselbe, Zbl. f. Chir. Jg. 55 s. 326 1928.
- 30) Melchior, Zbl. f. Chir. Jg. 46 s. 179 1919.
- 31) Miles, Surg. Gyn. a. Obst. Vol. 55 p. 627 1932.
- 32) Moynihan, Abdominal Operations Vol. 2 p. 170 1928.
- 33) 中田, 實驗醫報 第14年 39頁 昭和2年.
- 34) Noetzel, Zbl. f. Chir. Jg. 46 s. 578 1919.
- 35) Spivack, Beitr. z. Klin. Chir. Bd. 156 s. 51 1932.
- 36) Steindle, Wien. Med. Wschr. Jg. 81 s. 1301 1931.
- 37) 田口, 熊本醫學會雜誌 第5卷 103頁 昭和4年.
- 38) 田口, 實地醫家ト臨床 第 8卷 1058頁 昭和6年.